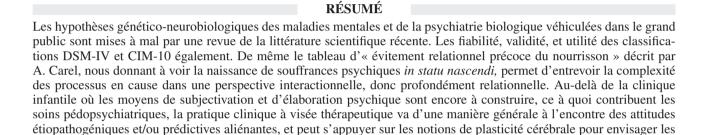
CLINIQUE PÉDOPSYCHIATRIQUE

Présupposés étiologiques et étiquetages diagnostiques : de la prudence nécessaire en pédopsychiatrie

Anne Delègue



Mots clés : hypothèses étiologiques et diagnostiques, évitement relationnel précoce du nourrisson, prédiction aliénante, plasticité cérébrale, transformation psychique, psychothérapie

ABSTRACT

Child psychiatry: necessary caution regarding etiological assumptions and diagnostic labels. The genetic-neurobiological hypotheses of mental illness and biological psychiatry conveyed to the general public have been undermined by a recent review of the scientific literature. Moreover, it includes the reliability, validity and usefulness of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and International Classification of Diseases-10 (ICD-10). Also the situation of an early stage of *infant relational avoidance*, as described by A. Carel, has given us an insight into the birth of mental suffering *in statu nascendi*. This provides us with a glimpse into the complexity of the processes involved within an interactional perspective, that is profoundly relational. Beyond clinical practice with children, this approach will therefore basically confront processes of subjectivation via ethiopathological and /or predictive alienating attitudes and may have to rely on the concepts of brain plasticity to address the various processes involved in *intra-psychical transformation*.

Key words: etiological hypotheses and diagnoses, early infant relational avoidance, alienating prediction, brain plasticity, psychic transformation, psychotherapy

Pédopsychiatre, intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, CMPI du Sextant, immeuble le Sextant, Park Nord, 74370 Metz-Tessy, France <adelegue@ch-annecy.fr>

Tiré à part : A. Delègue

processus de « transformation psychique ».

RESUMEN

Pedopsiquiatría: sobre la necesaria cautela en cuanto a presupuestos etiológicos y etiquetajes diagnósticos. Las hipótesis genéticas-neurobiológicas de las enfermedades mentales y de la psiquiatría biológica propaladas en la ciudadanía en general quedan mal paradas tras un repaso a la literatura científica reciente. Las fiabilidad, validez y utilidad de las clasificaciones DSM y CIM-10 también. Del mismo modo el cuadro de evitamiento relacional precoz del lactante descrito por A. Carel, que muestra el nacimiento de los sufrimientos psíquicos, *in statu nascendi*, permite entrever la complejidad de los procesos activos en una perspectiva interaccional, luego hondamente relacional. Más allá de la clínica infantil en la que los medios de subjetivación y elaboración psíquica siguen aún por construir, a lo cual contribuye el cuidado pedopsiquiátrico, la práctica clínica con miras terapeúticas está de modo general enfrentada con las actitudes etiopatogénicas y/o predictivas alienantes, y puede apoyarse en las nociones de plasticidad cerebral para considerar ya los procesos de *transformación psíquica*.

Palabras claves : hipótesis etiológicas y diagnósticas, evitamiento relacional precoz del lactante, predicción alienante, plasticidad cerebral, transformación psíquica, psicoterapia

Introduction

Il est nécessaire de réfléchir aux questions étiologiques et diagnostiques posées par notre discipline, à la fois tributaires d'idéologies dominantes avec des implications dans notre façon de prodiguer les soins.

Alors que le xx^e siècle avait vu la naissance et le développement d'une pédopsychiatrie ouverte et innovante basée sur la notion de la multidimensionnalité des pathologies et de leur évolutivité sous l'effet des prises en charge, les temps actuels semblent figer les personnalités par des avis diagnostiques et étiopathogéniques arrêtés, donnant l'apparence de la scientificité et de la sécurité, et risquant par une attitude prédictive aliénante de figer à tort des avenirs pourtant *a priori* ouverts [15].

Roger Misès résumait cela dans un entretien précédant sa disparition : une des difficultés de l'évolution de la psychiatrie infantile a été « l'adoption à partir des années 1980 d'un modèle qui considère finalement comme irréversibles les troubles de l'enfant en les inscrivant au plan neurobiologique, alors que c'est dans la rencontre entre facteurs organiques et relationnels que s'appréhendent nécessairement les supports de la vie mentale » [26].

Mais ni les données scientifiques récentes portant sur les hypothèses de la « psychiatrie biologique » et sur les classifications des pathologies couramment employées (DSM-IV et CIM-10), ni la clinique ne nous portent à approuver cette attitude. En clinique, nous examinerons l'« évitement relationnel du nourrisson » qui, nous donnant à voir la naissance de souffrances psychiques *in statu nascendi*, nous permet d'entrevoir la complexité des processus en cause dans une perspective interactionnelle, donc profondément relationnelle.

Au contraire, les données issues des recherches neuroscientifiques et les processus mis en œuvre par les soins en pédopsychiatrie nous permettent de penser une transformation psychique potentiellement à l'œuvre.

Les hypothèses de la « psychiatrie biologique »

Le neurobiologiste F. Gonon évoque [16] l'influence que la psychiatrie américaine exerce dans le monde entier avec la généralisation d'une conception neurobiologique des pathologies mentales – d'où le terme de « psychiatrie biologique » -, stipulant que celles-ci sont des maladies du cerveau d'origine génétique. Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) est également presque universellement utilisé en guise de manuel de psychiatrie. Pourtant la psychiatrie française aurait pu résister plus efficacement à cet assaut : s'appuyant sur une longue tradition clinique, elle reconnaissait l'existence d'un appareil psychique à étudier distinctement de l'appareil neuro-encéphalique (cela même s'il est acquis que les processus mentaux reposent en dernière analyse sur des mécanismes neurobiologiques); elle admettait la complexité des causalités du fait psychopathologique et la nécessité d'un triple abord biopsychosocial, faisait appel à toutes les sciences de l'homme dont la psychanalyse et les sciences fondamentales, et enfin dénonçait tous les réductionnismes.

Au XIX^e siècle en Europe, les thèses anatomocliniques attendaient les découvertes à venir des lésions neuro-anatomiques à l'origine des maladies mentales. Ces hypothèses n'ont pas connu le succès espéré. Le curseur est à présent déplacé au niveau microscopique puisque les anomalies sont recherchées dans l'anatomie intime des neurones et dans les mécanismes de neurotransmission en tant que facteurs causaux innés.

S'appuyant sur une large analyse de la littérature scientifique actuelle, F. Gonon montre que les recherches ne confirment pas ces faits [16]. Ainsi, les recherches en génétique n'ont pour l'instant identifié avec certitude que quelques anomalies génétiques, dont les altérations n'expliquent en fait qu'un très petit pourcentage des cas,

et uniquement pour les troubles psychiatriques les plus sévères : autisme, schizophrénie, retard mental et trouble bipolaire de type I. Le pourcentage de cas expliqués par des anomalies génétiques est le plus élevé pour l'autisme, et il n'est encore que de 5 % (notamment les syndromes de l'X-fragile et de Rett). En dehors de ces rares cas de lien « causal », la génétique n'a identifié que des « facteurs de risque » et ils sont toujours « faibles » [16, page 57].

François Jacob [20] ou Albert Jacquard [21] avaient déjà montré que l'homme dépend moins directement de son génome que les autres structures vivantes. La richesse de notre système nerveux central nous distingue des autres espèces. Le bébé naît avec ses innombrables neurones (plus de 100 milliards de neurones [1]), et les « connexions neuronales » ou « synapses » créées (mais aussi modifiées, ou éliminées comme certains neurones non utilisés) à toutes occasions d'échanges et de stimulations font le développement [30] (chaque neurone reçoit environ 10 000 synapses de la part d'autres neurones [1]). L'appareil psychique est un acquis de notre vécu et de nos relations, non une donnée de naissance.

L'épigénétique, nouvelle branche de la génétique en expansion actuellement, étudie de quelle manière l'expression des gènes peut être influencée par l'environnement, avec des modifications de l'activité génique profondes, durables, et parfois transmissibles à la génération suivante [16].

Ainsi la position actuelle de chercheurs influents, y compris dans le champ de la génétique ou de la neurobiologie, reviendrait à une plus grande modestie en reconnaissant à présent la part majeure occupée par l'environnement et l'histoire individuelle dans la genèse des troubles. Selon Sonuga-Barke, l'un des leaders de la pédopsychiatrie anglaise, « même les défenseurs les plus acharnés d'une vision génétique déterministe revoient leurs conceptions et acceptent un rôle central de l'environnement dans le développement des troubles mentaux » (cité par F. Gonon [16, page 57]).

Pourtant le grand public adhère de plus en plus à une compréhension étroitement génético-neurobiologique des troubles mentaux, ce qui est compréhensible puisque les échos relayés par les médias accréditent largement ces thèses. F. Gonon analyse les raisons de la contradiction entre les résultats de la recherche scientifique, et ce qui en ressort de fait dans les médias. Outre les raisons tenant parfois aux neurobiologistes eux-mêmes, les médias ne font par exemple pas souvent état des études qui infirment de premiers résultats fortement médiatisés d'un lien possible entre gènes et pathologies psychiques.

Les autorités de santé publique aux États-Unis se sont longtemps réjouies de cet état de l'opinion publique car la conception neurobiologique était censée diminuer la stigmatisation des patients mais les enquêtes de terrain ont montré l'inverse : les personnes qui partagent cette conception ont une plus forte réaction de rejet vis-à-vis des malades

et sont plus pessimistes quant aux possibilités de guérison [16, page 66].

Cela pose évidemment la question des enjeux et intérêts à ce que ces croyances continuent d'être véhiculées. Une hypothèse [16] est que ces thèses permettraient de masquer l'origine socioéconomique des pathologies, en mettant sur le compte d'une origine génético-neuronale ce qui peut être lié aux inégalités et souffrances sociales croissantes, ainsi qu'à un appauvrissement de la politique de soins depuis une trentaine d'années, notamment aux États-Unis. La base neurobiologique est en général interprétée comme excluant d'autres causes psychologiques ou sociales, ce qui conduit à minimiser les déterminants environnementaux. F. Gonon donne l'exemple de l'hyperactivité infantile, pour laquelle est convoquée l'origine génétique, alors que de nombreuses conditions environnementales sont des facteurs de risque : naissance prématurée, mère adolescente, pauvreté, faible niveau d'éducation des parents, etc. La prévention de l'hyperactivité résulte donc au moins en partie de choix politiques, notamment en direction de la baisse des inégalités [16].

L'industrie pharmaceutique a également intérêt à ce qu'une équation soit faite entre pathologie identifiée et traitement médicamenteux. L'ambition de la psychiatrie biologique était d'établir l'étiologie neurobiologique de chaque trouble, qui pourrait donc être corrigé par les molécules chimiques adéquates agissant à l'endroit approprié du cerveau. Mais la pharmacopée n'a pas connu de découvertes vraiment fondamentales depuis les années 1950-1960, dates de naissance des premiers psychotropes, qui ont représenté un important progrès pour les pathologies psychiatriques sévères. Il s'avère [16, 18] que les traitements médicamenteux sont peu efficaces à long terme pour les troubles fréquents (anxiodépressifs); par exemple la différence avec un traitement placebo n'est faiblement significative que dans les dépressions les plus sévères. Les psychostimulants sont efficaces à court terme pour alléger les symptômes de l'hyperactivité, mais ne protègent pas contre les risques accrus de délinquance, de toxicomanie et d'échec scolaire qui sont deux à quatre fois plus élevés chez ces enfants [16, 17]. En revanche, les psychothérapies sont considérées comme efficaces aux États-Unis, y compris celles se référant à la psychanalyse. Il existe ainsi un énorme fossé entre les moyens alloués à la recherche biologique, et les applications thérapeutiques et pratiques de cette recherche [16].

Les recherches en neurosciences font progresser la connaissance du fonctionnement cérébral, mais se faisant laissent apparaître toujours mieux l'inéluctable complexité du cerveau (Allen Frances, cité dans [18] page 296). Il est, ainsi, sans doute illusoire de penser pouvoir découvrir les cartographies neurobiologiques des pathologies psychiques, comme du fonctionnement mental du sujet humain pensant dans toute l'épaisseur de sa subjectivité, et pour l'ensemble de son activité mentale consciente et inconsciente.

DSM et CIM-10

L'autre apport de la psychiatrie américaine a été le DSM, classification dite athéorique établie par listes de symptômes dont les regroupements composent un inventaire des maladies mentales. Athéorique, et pourtant porteuse d'idéologie : le nombre de pathologies inventoriées croît avec chaque nouvelle mouture du DSM, réifiant des troubles sous forme d'entités artificiellement construites, conduisant à une pathologisation et une médicalisation de l'existence, et y établissant de fait de nouvelles normes. Ces créations ont pu être nommées disease mongering, « expression anglo-saxonne qui exprime de manière péjorative la façon d'élargir les descriptions nosographiques des maladies et d'y sensibiliser le grand public afin d'augmenter le marché de ceux qui vendent ou proposent des traitements » (Wikipédia, article « disease mongering »). Quoique très critiqué pour ses insuffisances et incohérences cliniques et psychopathologiques et pour sa difficulté d'usage (plus de 400 pathologies dans le DSM-IV), le DSM a été largement adopté pour des raisons supposées de consensus scientifique. Mais les critiques émanent à présent de hauts responsables de la psychiatrie anglo-saxonne et deviennent vigoureuses [18] : les recherches font apparaître que la fiabilité interjuge du DSM-IV n'est pas satisfaisante pour les pathologies autres que sévères, que sa validité (critère le plus « scientifique » d'une classification) est faible, et que son utilité pour les praticiens comme pour les chercheurs est sujette à caution ; la classification des troubles selon le DSM aurait par exemple entravé la recherche [16, 18]! La CIM-10 très proche souffrirait des mêmes défauts [18]. Une grande remise en question est donc à venir.

La richesse de la pensée clinique, sémiologique, psychopathologique et nosographique européenne, établie grâce à l'expérience acquise depuis la naissance de la psychiatrie à la fin du XIX^e siècle, en a été perturbée.

Implications en psychiatrie infantile

Cette évolution atteint également le champ de la psychiatrie infantile. Ici aussi, le DSM semble prendre le pas sur la CFTMEA (Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent [23]), classification nosographique sous-tendue par la démarche de compréhension psychopathologique, utile et pertinente cliniquement, qui résiste néanmoins [10]. Selon la logique du DSM et d'une certaine neuropsychologie, les troubles semblent « apposés » sur l'enfant sans référence à un mode d'organisation psychique en voie de constitution, ni lien avec l'environnement et le vécu. Le modèle généticoneurobiologique s'applique aux symptômes et difficultés présentés par l'enfant, et l'on naîtrait « dysphasique,

hyperactif, autiste », voire bientôt porteur d'un « trouble oppositionnel » ou d'un TOC, ou encore d'un « trouble dys », ou (exemple aux sonorités barbares) d'un « trouble des fonctions exécutives » issu de la neurologie, gommant la dimension multidimensionnelle des souffrances psychiques de l'enfance et minimisant leur potentialités mutatives. Cette tendance à l'« objectivation » va de pair avec une « médicalisation » croissante des problématiques, au détriment de leur abord psychologique global. Cette médicalisation comprend, par ailleurs, le recours plus facile aux traitements médicamenteux, au détriment d'un soin que motivent d'abord la mobilisation et le changement psychique. En second lieu se répandent des prises en charge composées de rééducations anarchiquement juxtaposées (orthophonie, orthopsie, ergothérapie, psychomotricité); sans contester l'efficacité de chacune de ces rééducations prises isolément, le problème est leur addition simple en dehors d'un projet de soins prenant en compte l'ensemble de la problématique de l'enfant dans ses aspects affectifs, intellectuels et instrumentaux, comme si l'enfant était une machine faite de différentes pièces à réparer, et que le tout était égal à la somme des parties! Cela conduit les enfants et les familles à des emplois du temps surchargés, souvent en final au détriment des soins psychiques. Les CMP et CMPP proposent encore des soins associant la compréhension psychologique de l'enfant dans son entourage, à des prises en charge rééducatives, composées classiquement de l'orthophonie et de la psychomotricité, qui ont pour but d'aider à l'acquisition ce que l'on pourrait nommer les « instruments de la subjectivité ».

Les parents sont ainsi soumis actuellement à un double discours qui les inquiètent et les fragilisent, et face auquel ils ont bien du mal à se situer.

Cela peut nous mener au pire : l'idée de plus en plus prégnante qu'il n'y aurait rien à comprendre aux symptômes présentés, rien à décrypter des messages qui nous sont adressés par l'enfant dans son histoire et son environnement, et rien qui serait en lien avec une souffrance psychique active à prendre en compte et à traiter. Les symptômes ne seraient justiciables que de démarches éducatives ou rééducatives, voire de traitements médicamenteux aptes à les juguler ; ce qui représente au fond une énorme régression dans notre capacité à comprendre notre humanité et celle de ceux qui nous entourent, et à « être » tout simplement humains.

À propos du recours médicamenteux [16, page 70], certains auteurs se sont inquiétés de l'augmentation rapide de la prescription d'antipsychotiques chez les enfants américains, et cela particulièrement dans les milieux les plus défavorisés, mais une évolution semblable se dessine en France. Pourtant, les antipsychotiques présentent de nombreux et sérieux effets secondaires, en particulier chez l'enfant : prise de poids, diabète, problèmes moteurs de type parkinsonien à court et long terme, somnolence, perturbations

endocriniennes. Leurs effets à long terme sur le développement psychique et intellectuel sont d'autant plus mal connus que leur prescription en pédiatrie n'a été approuvée que pour de rares indications, alors que les trois quarts des prescriptions d'antipsychotiques concernant des enfants américains ne relèvent pas de ces diagnostics [16]. « Quel sera leur avenir ? Réussiront-ils à s'assumer en tant qu'adultes autonomes ou risquent-ils de grossir le rang des victimes et des laissés pour compte ? » demande F. Gonon [16].

Je mentionne enfin la problématique de l'autisme et de la psychose infantile, où ces enjeux ont pu être tendus à l'extrême. Depuis quelques années existait pourtant une convergence des différents praticiens et chercheurs autour d'une possibilité d'intégration des données en matière de neurosciences et cognition, d'une part, et de psychopathologie d'inspiration développementale et psychanalytique, d'autre part, la considération des dimensions nécessaires à la prise en charge de ces enfants, les approches thérapeutiques, éducatives, et pédagogiques articulées dans leur complémentarité [13]. Malheureusement les dernières recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) font chemin inverse en privilégiant les méthodes comportementales et plus particulièrement l'une d'entre elles par ailleurs controversée, avec une condamnation explicite de la psychanalyse, voire de la recherche clinique. La procédure utilisée pose donc largement question dans la mesure où ces recommandations semblent le reflet de l'influence de lobbies puissants et de politiques, plutôt que le résultat d'une expertise scientifique étayée ; l'HAS semble alors loin de l'impartialité que requiert sa mission (voir le communiqué de presse de la FASM Croix-Marine « La HAS et l'autisme : une autorité de moins en moins haute », disponible sur internet). Les positions récentes prises par notre actuel gouvernement (troisième plan autisme sous la direction de Madame Marie-Arlette Carlotti) suivent le même chemin (voir le courrier du Pr B. Golse réagissant à ce plan). Les pédopsychiatres sont inquiets face à ces recommandations excluant les soins, alors qu'humains trop humains ces enfants éprouvent des angoisses particulièrement térébrantes, se heurtent à des écueils dans leur développement psychocorporel [19] et leurs capacités de communication interpersonnelle, de symbolisation et d'accès à la subjectivation, problématiques qui relèvent de soins psychiques et non d'approches uniquement éducatives et pédagogiques.

Face à ces conceptions simplificatrices, il est urgent de faire entendre la voix de la pédopsychiatrie, riche d'une expérience clinique ancienne associant la contribution essentielle de la psychanalyse à la compréhension du développement et du fonctionnement psychique et des voies de sa transformation, et de nombreuses autres recherches (théories de l'attachement, théories de la communication, recherches développementales, recherches cognitives, etc.).

Apport de la clinique : l'évitement relationnel précoce du nourrisson (ERN)

Mais écoutons à présent la clinique qui nous permet comme de tout temps de retrouver le chemin de la complexité. Le tableau d'ERN dégagé par A. Carel [8, 25] (voir aussi le « retrait relationnel du bébé » de A. Guedeney [14]) est la manifestation d'une souffrance actuelle du nourrisson dans ses premières relations à autrui, ces interactions à l'origine des premières constructions psychiques et neuromaturatives, et peut être aussi le prémice de pathologies psychiques ultérieures. Appréhender la naissance de la pathologie permet aussi de réfléchir aux questions étiologiques et diagnostiques qui nous occupent.

Il s'agit de l'observation clinique chez le nourrisson « d'un ensemble de signes, de caractère durable et intense, témoignant d'un évitement relationnel ». Le retrait touche tous les domaines d'expression du bébé : comportement général, visage et mimiques, regard, écoute, vocalité ou pré-verbalité, toucher, préhension, gestualité, postures et locomotion.

Les « troubles du regard » sont importants à considérer dans la mesure où ils sont particulièrement impliqués dans l'engagement relationnel qui permet la constitution des identifications réciproques, et de la spirale interactive structurante [11, 12] qui « nourrit » le bébé tant des points de vue affectif qu'informationnel et cognitif, et pose les bases de la construction du narcissisme et de l'identité personnelle. Il existe de nombreuses modalités visuelles de l'évitement relationnel, qui ne se cantonne pas à l'« évitement du regard » (la description clinique fine de l'ERN figure dans les articles sus-cités).

Conjointement un autre « phénomène majeur » est décrit : « les comportements d'évitement se décomposent le plus souvent en deux temps : l'attitude de retrait est suivie ou concomitante d'une extrême attention portée à un objet-source de stimulation sensorielle [8] ». Sont ainsi décrites des « conduites de fixation sensorielle ou sensori-motrice » : fixation excessive aux sources lumineuses, attention visuelle pour les choses plutôt que pour les personnes, attention auditive excessive pour certains sons mécaniques, sur-investissement de certaines postures, de certains gestes, de certaines formes de locomotion.

Dans l'ensemble, ces conduites indiquent que l'attention du bébé, plus ou moins durablement, est « tournée en direction des choses plutôt que des personnes », et qu'existe une certaine répression affective.

Ces observations cliniques rejoignent celles de psychanalystes [5, 29] s'étant particulièrement penchés sur la clinique et les soins aux enfants autistes et psychotiques, donc témoignant de difficultés très précoces de la construction de la personnalité. E. Bick [5] a par exemple introduit le mécanisme d'« identification adhésive », par lequel un nourrisson pourrait suppléer une défaillance de contenance de l'environnement « par agrippement sensoriel à une source lumineuse, sonore ou aux sensations proprioceptives », etc., tout en maintenant une certaine continuité d'être.

L'agrippement en identification adhésive pourrait aussi se faire sur une « activité physiologique », le « sommeil » ou l'« activité musculaire », ou sur une « activité psychique » : il existe des bébés hypervigilants, hypermatures, parfois thérapeutes de leur entourage (voir le « nourrisson savant » de S. Ferenczi [6]) qui paraissent s'agripper à la perception des états mentaux d'autrui et/ou à leurs propres capacités cognitives au détriment de ce qui est au cœur de l'intersubjectivité, notamment l'accordage affectif, et le jeu transitionnel [8, 25].

En ce qui concerne le devenir, le concept d'ERN « suspend le préjugé évolutif » [8] puisque les symptômes observés à telle période du développement du nourrisson, même relativement importants et durables, ne préjugent pas du devenir psychique qui couvre tout le champ de la psychopathologie infantile, des variations de la normale jusqu'à l'autisme dans de rares cas. C'est d'ailleurs souvent a posteriori dans la clinique de l'enfant plus âgé que nous sommes amenés à formuler rétrospectivement l'hypothèse d'un ERN : certaines relations et troubles dysharmoniques, organisations obsessionnelles précoces, hyperactivités et troubles de l'attention, hyperkinésies dans le registre psycho-moteur, retards psycho-moteurs ou autres retards intriqués, certaines précocités intellectuelles ou dépressions de l'enfant [8, 25]. A. Carel a soigneusement évité de dénommer ce syndrome pré-autisme, pour ne pas risquer de figer le devenir par une dénomination trop réductrice.

En ce qui concerne l'étiologie des ERN, il est souvent difficile d'établir avec certitude les rôles respectifs des facteurs étiopathogéniques en cause, vulnérabilité propre à l'enfant, et/ou rôle de l'environnement : il y a donc également « suspension du préjugé étiologique » [8, 25]. Les constellations cliniques et interactives sont trop vastes, variées et complexes, pour que « l'inadéquation interactive élémentaire originaire » [25] puisse être recueillie, entre ce qui provient de l'environnement, et/ou d'un nourrisson en retrait ou en difficulté dans l'interaction pour diverses raisons, chacun des facteurs pouvant promouvoir ou majorer les autres, avec l'établissement de cercles vicieux interactifs faisant perdurer la souffrance relationnelle et les conséquences qui s'ensuivent pour le développement de l'enfant. On sait par exemple que des bébés « peu répondeurs » peuvent mettre à mal une maternalité ou une parentalité naissante, et susciter chez les parents des réactions qui dépendent aussi de leurs vécus relationnels et affectifs.

Dans les lignes qui suivent, nous allons décrire succinctement des observations expérimentales et des données cliniques évoquant l'implication de l'environnement. En sachant que ce qui arrive à l'un des partenaires de l'interaction peut être un facteur de fragilisation pour l'autre et réciproquement [30].

Des situations expérimentales [25] comme l'expérience du visage impassible, ou des observations de désaccordage expérimental, modèles rappelant la dépression maternelle, montrent que le bébé réagit par un retrait, détournement de regard et fixations sensorielles dans les situations de « noncontingence » maternelle.

Dans l'expérience du *still-face* ou expérience du visage impassible [9, 25], après une séquence d'engagement interactif agréable, mutuel et réciproque, la mère se présente face à son bébé inexpressive et immobile. Après un premier élan d'enthousiasme vers elle suivi de manœuvres énergiques visant à la faire réagir, le bébé, probablement déçu et inquiet devant cette absence de réponse, se détourne peu à peu dans un mouvement associant repli physique, comportement de fixations sensorielles, ainsi qu'une baisse de l'attention au regard de la mère.

Dans l'observation de « désaccordage » expérimental [24, 25], le bébé et sa mère communiquent à distance par l'intermédiaire d'un circuit de télévision. Après une séquence d'échanges en direct, le bébé reçoit une rediffusion des images maternelles filmées. Alors dans l'impossibilité d'établir une relation de réciprocité avec leur mère, les bébés réagissent avec les mêmes attitudes de retrait : ils semblent inquiets, détournent le regard et coupent le contact, montrant la déception dans les attentes et prévisions concernant le comportement maternel ; cela même si le visage de la mère apparaît joyeux et expressif dans la séquence enregistrée.

Brazelton et Cramer [7] remarquent que lorsque la mère se présente à nouveau avec un visage engageant, le bébé manifeste généralement une période de défiance qui se traduit principalement par un évitement du regard.

La clinique est riche d'observations, notamment autour de la déprivation affective vécue par certains bébés privés d'entourage familial et de la dépression maternelle. René Spitz au lendemain de la seconde guerre mondiale relate ses observations princeps de la « dépression du bébé » et de l'hospitalisme chez des nourrissons en état de privation affective, ce qui a en quelque sorte inauguré la psychiatrie du bébé [28]. Il a été noté également que la présence d'une dépression « froide » chez la mère, c'est-à-dire une dépression déniée s'accompagnant d'une répression affective, génère assez souvent l'organisation d'un évitement relationnel chez le bébé [8, 25]. Cela contrairement aux dépressions dites « chaudes », reconnues et vécues comme telles, avec des expressions en rapport avec les affects éprouvés. Les observations de S. Fraiberg [25] concernaient des nourrissons présentant une attitude générale et quasi permanente d'évitement, mais ces troubles s'inscrivaient toujours dans une perturbation de la relation mère-enfant : absence de soins ou sévices soupçonnés ou avérés, graves désordres de la personnalité chez les parents.

Les observations d'A. Carel sont marquées par la « paradoxalité » des relations : les messages de la mère contiennent dans un même mouvement une proposition et son contraire. Comme l'avaient déjà mis en évidence les théoriciens de la communication (école de Palo Alto dont P. Watzlawick), c'est un mode relationnel éprouvant pour autrui (l'injonction paradoxale est bien illustrée par l'ordre « sois spontané(e) »). Exemple : une attitude qui dans le même temps paraît être une offre de rapprochement, tout en instaurant un éloignement dans le registre du portage, de l'échange des regards ou de la vocalité. La mère est dans ces cas et à son insu prise dans une double contrainte : elle peut être par exemple soumise à un désir qu'elle n'autorise pas en elle. Les répétitions et l'intensité des expériences paradoxales sont angoissantes pour le bébé, dépassé dans ces capacités cognitives pour décoder ces messages énigmatigues. Il réagit alors par l'évitement relationnel [8, 25].

« Cette chose qu'on appelle un nourrisson n'existe pas » écrivait D. W. Winnicott [31] insistant sur le fait qu'un bébé ne pouvait être conçu qu'en relation avec son entourage, au sein d'un environnement qui se devait d'être « good enough » (« enough » : « assez », à entendre comme ni trop ni insuffisamment bon). Quelles que soient les hypothèses étiologiques en cause, la clinique du très jeune enfant nous montre qu'un processus interactionnel est à l'œuvre, capable d'orienter le développement neuromaturatif et psychique du nourrisson, les deux étant consubstantiels l'un à l'autre, mais ces voies ne sont pas arrêtées, ce que nous examinerons dans le chapitre suivant.

Pratique thérapeutique : transformation psychique et soins

Ce qui nous importe en tant que cliniciens est finalement la manière dont nous pourrons intervenir au niveau thérapeutique, qu'il s'agisse de la clinique du très jeune enfant, ou de celle du sujet plus âgé.

Le concept de plasticité cérébrale

La plasticité cérébrale est une découverte neuroscientifique de ces dernières années : fin du dogme de l'impossibilité d'une neurogenèse durant la vie entière chez l'homme [30], possibilité de réaménagement permanent des connexions neuronales [1, 27, 30]. Le cerveau serait ainsi modelé et remodelé par les liens interpersonnels et l'histoire de chacun pendant les phases majeures de la construction, mais aussi durant toute la vie.

Ansermet, et P. Magistratti [1, 2] évoquent le mécanisme de la « reconsolidation » des souvenirs : l'évocation par l'adulte de traces mnésiques les rend labiles et capables de nouvelles associations, permettant la recontextualisation des souvenirs, et ainsi la réécriture de l'histoire : c'est ainsi que la parole possèderait un pouvoir de transforma-

tion psychique (la « reconsolidation » est le processus qui stabilise la trace réactivée pour la stocker de nouveau à long terme).

B. Golse [30] pose alors la question du « développement » : est-il un processus de durée limitée, ou un processus inachevé et actif durant toute la vie ? Selon cette idée, le développement pourrait proposer un modèle universel du changement psychologique et comportemental : alors « la psychothérapie de l'adulte, mobilisatrice de processus de changements, ne pourrait-elle être comprise comme une réactivation et remobilisation de processus développementaux latents ou en sommeil, mais mobilisables à tout âge ? » [30].

Soins et transformation psychique

Si notre capacité d'évolution psychique est permanente, les processus soignants l'activent. Même si dans l'enfance existent des pathologies graves et peu évolutives, la majeure partie des situations ne sont pas de ce type; nous évoquerons donc plutôt les facteurs de la « mobilisation psychique », donc les voies du changement que permettent les soins.

L'enfant est un être en développement, sa psyché ainsi que son système nerveux central sont en construction. Sa croissance et sa maturation sont déjà mutatifs, laissons-lui la chance de cette mobilisation psychique et de ce changement, au sein son environnement!

Chez le bébé et l'enfant très jeune, l'ERN, ce signe de « malaise actuel et de souffrance conjointe dans la relation », s'avère très mobilisable par des interventions thérapeutiques précoces, sous forme de thérapies père-mère-bébé ou mère-bébé [8, 25]. Il est donc essentiel de reconnaître, prendre en considération et traiter cette souffrance relationnelle.

Chez l'enfant plus âgé, notamment dans les circonstances qui nous font reconnaître des signes évoquant une histoire passée d'ERN, les prises en charge psychothérapiques s'avèrent également fortement mobilisatrices. On trouvera des exemples de telles prises en charge, et une réflexion autour de l'importance du regard retrouvé dans la relation thérapeutique [12].

D'une manière générale et comme les premiers psychanalystes d'enfants l'avaient mis au jour, les moyens d'élaboration du monde et de son histoire que possède l'enfant sont, avec la « parole », le « dessin » et le « jeu » (le jeu symbolique ou *play* anglais, qui est le jeu de « faire semblant », différent du *game*, le « jeu à règles »).

Nous devons donner à l'enfant la possibilité de « déployer son matériel psychique » dans le jeu et le dessin faits en notre présence : il nous appartient d'écouter ce « matériel », par ces moyens et/ou d'autres médiations, en lui en permettant l'expression et le déploiement, au sein de la relation thérapeutique, qui est une relation interpersonnelle d'échange, de compréhension et de partage, nous permettant aussi d'appréhender son mode relationnel.

Nous accédons par ces voies royales à son monde intrapsychique, nous donnant la voie de la compréhension des écueils affectifs, maturatifs et relationnels rencontrés.

Comme pour un adulte qui évoquerait « verbalement » en séance psychothérapique ou analytique ses contenus psychiques, cette expression de lui-même est une contribution essentielle à sa possibilité de construire progressivement ses propres outils de « symbolisation » et de « subjectivation », bases de la construction identitaire et narcissique.

La relation thérapeutique peut lui permettre de rejouer des phases antérieures du développement sur lesquelles il a achoppé; par notre compréhension nous pouvons lui donner dans l'échange et le jeu partagé des moyens de transformation de certains blocages ou fixations.

Nous avons également un grand rôle dans la prise en compte des relations de l'enfant avec son entourage, et une aide à apporter pour les améliorer si elles sont en souffrance : notre intervention en tant que tiers, passeur de paroles et de compréhension réciproque, peut être cruciale pour débloquer des situations de malentendus et de cercles vicieux relationnels. Veiller à ce que l'environnement soit « good enough ».

À cela se rajoute parfois la nécessité de soins rééducatifs et de prises en charge éducatives, de soins institutionnels à formes variables. Ces différentes prises en charge doivent être articulées dans un projet global réfléchi, qui soit tolérable et vivable pour l'enfant et sa famille, et compatible avec les autres activités nécessaires, notamment la fréquentation scolaire, fondamentale pour une future intégration personnelle et sociale.

C'est grâce à tous ces moyens, et au sein d'une capacité relationnelle en évolution, que l'enfant poursuit son accession au monde de la « représentation psychique », par lequel il pourra continuer d'élaborer la réalité qui s'offre à lui, les angoisses et souffrances vécues, les étapes affectives et maturatives nécessaires au sein de ses relations structurantes, chemin le plus sûr pour construire sa personnalité d'adulte en devenir.

Conclusion

Nous avons tenté de brosser le tableau d'une évolution de la psychiatrie infanto-juvénile qui nous semble péjorative : celle qui tend à figer et enfermer les personnalités avec des dénominations diagnostiques et/ou étiologiques *a priori*. Rien ne semble justifier scientifiquement cela, et les évolutions positives sont fréquentes chez l'enfant comme chez l'adolescent. Le « diagnostic » ne peut alors être qu'une photographie professionnelle certes utile, mais fugace. C'est ainsi qu'était conçue la CFTMEA, permettant un diagnostic en permanence révisable [10], « aboutissement de l'observation continue de l'enfant dans son

expression pathologique et dans ses rapports à son environnement humain, et matériel » [10].

Mais les temps ont changé, les diagnostics ne sont plus l'apanage des médecins, des professionnels. Avec la révolution numérique, les familles sont au fait des pathologies souvent par ailleurs très médiatisées, et veulent « savoir », avec le risque que les problématiques soient mal comprises, et que la distance prudente qui accompagnait la connaissance nosologique s'évanouisse.

Le « diagnostic précoce » est ainsi présenté actuellement comme un gage de sécurité et de clarté, et le moyen d'obtenir les prises en charge nécessaires. Sans doute la création et l'existence de centres de référence pour le diagnostic ont-ils accentué cette tendance.

D'autres voix se font jour, permettant de renouer avec une prudence qui n'est synonyme ni d'ignorance, ni d'incompétence, ni de laisser-aller, ni d'abandon et de carence en soins. Ainsi, Allen Frances a-t-il proposé des « soins hors diagnostic », qui sont concluants chez l'adulte [4, 18]. Cette pratique est largement répandue en France, notamment en pédopsychiatrie. Des prises en charge peuvent être mises en place, permettant souvent à l'enfant d'évoluer favorablement [22, 26]. La formulation d'un diagnostic peut en revanche entraîner une angoisse non négligeable pour les familles et le risque de la prédiction aliénante, « les réponses relationnelles de l'environnement d'un enfant vulnérable faisant partie intégrante des éventuels facteurs de maintien et d'enkystement » [15].

La vie est complexité et mouvement. Comme le disent F. Ansermet et P. Magistretti : « La plasticité amène en effet à devoir penser la possibilité d'un changement permanent, où tout peut sans cesse être transformé et retransformé. Ainsi, on serait aussi biologiquement déterminé pour ne pas être totalement biologiquement déterminé. On serait biologiquement déterminé pour être libres [3]. » Les hypothèses réductionnistes et les visions trop simplificatrices nous paraissent venir à l'encontre de cette possible liberté.

Liens d'intérêts: l'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec l'article.

Références

- Ansermet F, Magistretti P. À chacun son cerveau, plasticité neuronale et inconscient. Paris: Odile Jacob, 2004, 265 pages.
- 2. Ansermet F, Magistretti P. *Neurosciences et psychanalyse, une rencontre autour de la singularité*. Paris : Odile Jacob, coll. Collège de France, 2010, 326 pages.
- **3.** Ansermet F, Magistretti P. Freud, un avenir pour les neurosciences ? *Sciences Humaines* 2010/2011; 21:70-1.
- **4.** Baillon G, Chaltiel P, Karavokyros D. Les « soins hors diagnostic » : de l'accueil aux soins étape par étape. *L'information psychiatrique* 2013; 89:327-32.

- 5. Bick E. L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces (Trad. fr par Haag G, et al.). In: Meltzer D, et al, éd. Explorations dans le monde de l'autisme,. Paris: Payot, 1980 (p. 240-4).
- Bokanowski T. Sándor Ferenczi. Paris: PUF, 1997, 168 pages.
- Brazelton TB, Cramer B. Les premiers liens. Paris: Stock, Laurence Pernoud, Calmann-Lévy, 1991, 301 pages.
- Carel A. L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2000; 48: 375-87.
- **9.** Cohn JF, Tronick EZ. Three months old infant's reaction to simulated maternal depression. *Child Development*: 54; 235-334.
- Coinçon Y. Classifications: sœurs et rivales. Enjeux pour la pédopsychiatrie. L'information psychiatrique 2013; 89:311-7.
- Cosnier J. Observation directe des interactions précoces, ou les bases de l'épigenèse interactionnelle. *Psychiatrie de* l'enfant 1984; XXVII: 107-66.
- 12. Delègue A. Évitement relationnel : le regard re-trouvé/créé dans la relation thérapeutique. In: Communication aux Journées de PROPSI 74 (Promotion Recherche Ouverture des Pratiques en Santé mentale Infanto-juvénile), 2012, en ligne sur le site internet de PROPSI 74.
- **13.** Delion P. *Séminaire sur l'autisme et les psychoses infantiles*. Toulouse : Érès, 2009, 194 pages.
- 14. Guedeney A, Dumond C, Grasso F, Starakis N. Comportement de retrait relationnel du jeune enfant : du concept à l'outil diagnostique. Médecine sciences 2004 ; 20 : 1046-9.
- 15. Golse B. Du risque autistique au risque prédictif: dépistage précoce et prévention, 11-25. In: Delion P, éd. Les bébés à risque autistique. Toulouse: Érès, Collection Mille et un bébés, 1998 (162 pages).
- **16.** Gonon F. La psychiatrie biologique : une bulle spéculative ? *Esprit* 2011:54-73.
- 17. Gonon F, Guilé JM. Cohen, Le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité: données récentes des neurosciences et de l'expérience nord-américaine. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2010; 58: 273-81.

- **18.** Gonon F. Quel avenir pour les classifications des maladies mentales ? Une synthèse des critiques anglo-saxonnes les plus récentes. *L'information psychiatrique* 2013; 89: 285-94.
- 19. Haag G. Grille de repérage clinique des étapes évolutives de l'autisme infantile traité. Psychiatrie de l'enfant XXXVIII: 495-527.
- Jacob F. La Logique du vivant, une histoire de l'hérédité. Paris: Gallimard, 1970, 352 pages.
- **21.** Jacquard A. *Halte aux Jeux!* Paris: Stock, 2004, puis édité en Poche.
- **22.** Misès R, Perron R. L'adolescence des enfants autistes et psychotiques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1993; 1-2:26-60.
- 23. Misès R, Quemada N, Golse B, et al. Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent : la CFTMEA R-2000. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 50 : 1-24.
- **24.** Murray L, Trevarthen C. Emotional regulation of interactions between two month old and their mother's. In: Field T, Fox N, éds. *Social Perception in infants*,. Norwood: NJ, Ablex, 1985, p. 176-97.
- **25.** Picco M, Carel A. Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. *Psychiatrie de l'enfant* 2002; XLV:171-205.
- 26. Piot MA, Boudebesse C, Martin B. De l'engagement humaniste à une clinique ouverte et multidimensionnelle, entretien avec le Professeur Roger Misès, psychanalyste et professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Perspectives Psy 2012; 51:386-93, article disponible sur le site http://www.perspectives-psy.org.
- 27. Schiffmann S. Le cerveau en constante reconstruction : le concept de plasticité cérébrale. *Cahiers de psychologie clinique* 2001 ; 1 : 16.
- **28.** Spitz R. *De la naissance à la parole, la première année de la vie*, 1ère éd. Paris : PUF, 1968.
- **29.** Tustin F. *Le trou noir de la psyché, les barrières autistiques chez les névrosés*. Paris : Seuil, 1989, 275 pages.
- 30. Viodé-Bénony C, Golse B. Psychopathologie du bébé, 2° éd. Paris : Armand Colin, 2012 (127 pages).
- **31.** Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1989, 464 pages.